

اثر بخشی الگودهی ویدئویی بر ارتباط چشمی و تعاملات اجتماعی کودکان با اختلال های طیف اتیستیک

وهاب محمدپور^۱، دکتر جلیل باباپور خیرالدین^۲، دکتر عباس بخشی پور رودسری^۳، دکتر مجید محمود علیلو^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی الگودهی ویدئویی بر ارتباط چشمی و تعاملات اجتماعی کودکان با اختلال های طیف اتیستیک بود. روش پژوهش آزمایشی تک آزمودنی بود. جامعه آماری شامل همه کودکان با اختلال های طیف اتیستیک شهر تبریز بود. نمونه شامل چهار کودک (۲ پسر و ۲ دختر) ۶ تا ۱۰ سال با اختلال های طیف اتیستیک بودند که به شیوه در دسترس از مرکز ویژه کودکان اتیستیک انتخاب شدند. از طرح خطوط پایه چندگانه برای هر آزمودنی استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل داده ها، از تحلیل نموداری استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که روش الگودهی ویدئویی بر ارتباط چشمی و تعاملات اجتماعی آزمودنی ها تأثیر دارد.

واژگان کلیدی: الگودهی ویدئویی، ارتباط چشمی، تعاملات اجتماعی، اختلال های طیف اتیستیک.

^۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان (نویسنده مسئول)

Email: vm_psychology@yahoo.com

^۲. دانشیار روانشناسی دانشگاه تبریز
Email: babapourj@yahoo.com

^۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه تبریز
Email: abbas-bakhsipour@yahoo.com

^۴. استاد روانشناسی دانشگاه تبریز
Email: Alilou_647@yahoo.com

* این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول استخراج شده است.

اختلال اتیستیک^۱ اختلال عصب شناختی^۲ پیچیده‌ای است که منجر به تخریب تعاملات اجتماعی^۳، ارتباطات و رفتارهای محدود و تکراری می‌شود. در این اختلال، تعامل اجتماعی به شدت و به شکلی دیرپا آسیب می‌بیند، ممکن است در به کارگیری رفتارهای غیر کلامی متعدد (مانند نگاه رود رو، بیان چهره‌ای، اطوار و حرکات بیانگر بدنی) برای تنظیم تعامل اجتماعی و ایجاد ارتباط با همسالان (که در سنین مختلف شکل‌های متفاوتی دارد) نسبت به سطح رشد کودک نارسایی وجود داشته باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اختلال در تعامل اجتماعی به عنوان یکی از نارسایی‌های اصلی کودکان دچار اختلال طیف اتیستیک شناسایی شده است (وایت، کنونینگ و شاهیل^۴، ۲۰۰۷). همچنین ارتباط چشمی غیرعادی (کمتر از حد معمول) یا ضعیف در کودکان مبتلا به این اختلال شایع است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

امروزه از روش‌های درمانی مختلفی نظیر تحلیل رفتار کاربردی^۵، داستان‌های اجتماعی^۶، سیستم ارتباط بر مبنای مبادله‌ی تصویر^۷، و دارودرمانی (مثل، ریسپریدون و اولانزپین^۸) در کار با کودکان اتیستیک استفاده می‌شود (رافعی، ۱۳۸۷). یکی از درمان‌های نوین و کوتاه‌مدت روش الگودهی ویدئویی^۹ می‌باشد. در الگودهی ویدئویی، فرد، ویدئویی از الگویی که رفتار یا مهارت هدف را انجام می‌دهد، به منظور یادگیری آسان مشاهده می‌کند و آن رفتار یا کار را انجام می‌دهد (فرانزون و کولت - کلینگبرگ^{۱۰}، ۲۰۰۸). الگودهی ویدئویی مداخله رفتاری نویدبخشی است که کاربردهای بسیاری برای

1. autism

2. Neurological disorder

3. social interactions

4. White, Keonig & Scahill

5. Applied behavior analysis

6. social stories

7. Picture exchange communication system

8. Risperidone & olanzapine

9. video modeling

10. Franzone & Collet-Klingenberg

افراد با اختلال‌های طیف اتیستیک^۱ دارد. الگودهی ویدئویی راهنماهای دیداری را بکار می‌برد و یک راهبرد موثری برای آموزش افراد با اختلال‌های طیف اتیستیک، که یادگیرندگان دیداری هستند، می‌باشد و راهبردی مبتنی بر شواهد است که در تمام سنین و جمعیت‌ها موثر است. در سه دهه گذشته، محققان نشان داده‌اند که الگودهی ویدئویی می‌تواند ابزار معتبری برای آموزش انواع مهارت‌ها به افراد با اختلال‌های طیف اتیستیک باشد و هر مهارتی که از طریق این فرایند یاد گرفته می‌شود در طول زمان حفظ می‌شود و به زمینه‌های دیگر نیز تعمیم داده می‌شود. پژوهش‌های جدید الگودهی ویدئویی را به عنوان مداخله مبتنی بر شواهدی که کاربردهای فراوانی برای افراد با اختلال‌های طیف اتیستیک در محیط‌های آموزشی دارد، بیان کرده‌اند (بلینی و آکولیان^۲، ۲۰۰۷).

نشان داده است که کسب مهارت‌ها با استفاده از الگودهی ویدئویی در مقایسه با دیگر روش‌های مداخله‌ای خیلی سریع می‌باشد و نیازمند زمان و منابع انسانی محدودی می‌باشد (کوربت^۳، ۲۰۰۳). بلینی و آکولیان (۲۰۰۷)، در یک فرا تحلیل از ۲۳ پژوهش منتشر شده بین سال‌های ۱۹۸۷ و ۲۰۰۵، نتیجه گرفتند که الگودهی ویدئویی به صورت موفقیت‌آمیز می‌تواند در زمینه مهارت‌های ارتباطی-اجتماعی، مهارت‌های کارکردی و عملکرد رفتاری مورد استفاده قرار گیرد. زمینه‌های ویژه‌ای که در این پژوهش به صورت موفقیت‌آمیز نشان داده شده است شامل مهارت‌های اجتماعی (مثل، بلینی، آکولیان و هاپف^۴، ۲۰۰۷)، رفتار بازی (مثل، ریگنون، هیگبی و اندیکات^۵، ۲۰۰۶). مهارت‌های مکالمه (مثل، ورت و نیسورث^۶، ۲۰۰۳)، مهارت‌های خودیاری (مثل، شیلی-بنامو، لاتزکر و تابمن^۷، ۲۰۰۲) می‌گردد.

-
1. Autism Spectrum Disorder
 2. Bellini & Akullian
 3. Corbett
 4. Hopf
 5. Reagon, Higbee & Endicott
 6. Wert & Neisworth
 7. Shipley-Benamou, Lutzker & Taubman

بلینی و آکولیان (۲۰۰۷)، الگودهی ویدئویی را برای افزایش تعامل اجتماعی در دو کودک پیش دبستانی با اختلال‌های طیف اتیستیک بکار بردند و نتیجه گرفتند که روش الگودهی ویدئویی در افزایش تعامل اجتماعی کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک موثر می‌باشد. نیکوپالوس و کنان^۱ (۲۰۰۴) نیز با استفاده از روش الگودهی ویدئویی، اثرات الگودهی ویدئویی بر شروع تعامل اجتماعی در کودکان اتیستیک را در چهار کودک ۷ تا ۹ سال اتیستیک را با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه مورد ارزیابی قرار دادند و نشان دادند که در همه کودکان مورد آزمایش، نشان دادن ویدئو، تعاملات اجتماعی و مهارت‌های بازی متقابل را افزایش داده است که در ۱ و ۳ ماه پیگیری حفظ شده بود (نیکوپالوس و کنان، ۲۰۰۴). همچنین، نیکوپالوس، کنان و نیکوپائلو-سمیرنی^۲ (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان اثرات تعمیم یافته الگودهی ویدئویی بر تثبیت کنترل محرک‌های دستوری در کودکان اتیستیک نتیجه گرفتند که روش الگودهی ویدئویی روش موثری می‌باشد. چارلپ-کریستی و دانشور^۳ (۲۰۰۳) نیز نشان دادند که الگودهی ویدئویی یک ابزار موثر و سریع برای آموزش دیدگاه‌گیری در کودکان اتیستیک می‌باشد و هم در تعمیم پاسخ و هم محرک نتیجه‌بخش می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش دی آتنو، منگی آپانلو و تیلور^۴ (۲۰۰۳) نشان داد که الگودهی ویدئویی منجر به کسب سریع هم پاسخ‌های حرکتی و هم کلامی در همه بازی‌های متوالی می‌شود.

سال‌های بسیاری است که والدین، معلمان و درمان‌گران به صورت فعالی است که طیف وسیعی از رویکردهای درمان و آموزش افراد با اختلال‌های طیف اتیستیک را دنبال کرده‌اند. ماهیت گیج‌کننده رفتارها و مشکلات مرتبط با اختلال‌های طیف اتیستیک یک منبع ناامیدی برای خانواده‌ها و متخصصین بوده است. در حال حاضر، وضعیت درمان گیج‌کننده باقی مانده است. یک نوع نسبتاً جدیدی از درمان‌ها که امیدها را برای افراد با

¹. Nikopoulos & Keenan

². Nikopoulou-Smyrni

³. Charlop-Christy & Daneshvar

⁴. D'Ateno, Mangiapanello & Taylor

اختلال‌های طیف اتیستیک نگه داشته است بر روی استفاده از ویدئو متمرکز شده است؛ و نشان داده شده است که الگودهی ویدئویی یک روش آموزشی موثری برای افراد با اختلال‌های طیف اتیستیک می‌باشد (باگی^۱، هومز^۲، الیزابت^۳ و ویلیامز^۴، ۲۰۰۹).

از آنجا که یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه‌مدت و کارا و موثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان می‌باشد و اینکه شیوه درمانی الگودهی ویدئویی جزو درمان‌های کوتاه‌مدت و نوین به شمار می‌رود، انجام پژوهش در زمینه اثربخشی روش الگودهی ویدئویی می‌تواند از اهمیت برخوردار باشد. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر ارتباط چشمی و تعاملات اجتماعی کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک انجام شد.

روش

پژوهش حاضر، یک پژوهش آزمایشی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه میان آزمودنی‌ها^۵ بود.

جامعه آماری

جامعه آماری شامل همه کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک شهرستان تبریز بود.

نمونه آماری

۴ کودک (۲ پسر و ۲ دختر) ۶ تا ۱۰ سال با اختلال‌های طیف اتیستیک از مرکز اختلالات نافذ رشد شهر تبریز انتخاب شدند. نگین، دختر ۸ سال و ۷ ماهه از ۷ سالگی با تشخیص اتیستیک تحت دارودرمانی و ABA (تحلیل رفتار متقابل) قرار گرفته است. نمره آزمون کارز^۶، ۳۳ (اتیستیک خفیف تا متوسط) برای وی بدست آمد. علی، پسر ۶ سال و ۸ ماهه، از ۶ سال و ۶ ماهگی با تشخیص اتیستیک تحت درمان ABA قرار گرفته است.

1. Buggiey

2. Hoomes

3. Sherberger

4. Williams

5. multiple baseline across subjects design

6. childhood autism rating scale

نمره آزمون کارز، ۳۰ (ایتستیک خفیف تا متوسط) برای وی بدست آمد. ثنا، دختر ۷ سال و ۴ ماهه، از ۶ سال و ۸ ماهگی با تشخیص ایتستیک تحت درمان ABA قرار گرفته است. نمره آزمون کارز، ۳۶ (ایتستیک خفیف تا متوسط) برای وی بدست آمد. امین، پسر ۹ سال و ۳ ماهه، از ۶ سال و ۶ ماهگی با تشخیص ایتستیک تحت درمان ABA قرار گرفته است. نمره آزمون کارز، ۳۵ (ایتستیک خفیف تا متوسط) برای وی به دست آمد.

روش گردآوری داده‌ها و ابزار پژوهش

پس از مراجعه به مرکز ایتستیک و اجرای آزمون کارز بر روی کودکان ایتستیک مرکز اختلالات نافذ رشد تبریز، ۴ کودک با اختلال‌های طیف ایتستیک خفیف تا متوسط انتخاب شدند. برای تهیه کلیپ ویدئویی، قبل از شروع درمان، ابتدا از یک کودک با رشد طبیعی خواسته شد تا همزمان با شمارش از ۱ تا ۱۰ به چشم‌های درمان‌گر نگاه کند و از او فیلم‌برداری شد و برای تعاملات اجتماعی نیز نحوه انجام هر کدام از بازی‌ها ابتدا با الگو کار شد و سپس فیلم‌برداری شد. در مجموع ۵ کلیپ ویدئویی (برای هر مهارت یک کلیپ) انتخاب و از این کلیپ‌های ویدئویی برای الگودهی به آزمودنی‌ها استفاده شد. آیتم‌های مورد پژوهش در آزمودنی اول (نگین) به مدت ۲ جلسه، در آزمودنی دوم (علی) ۴ جلسه، در آزمودنی سوم (ثنا) ۶ جلسه و در آزمودنی چهارم (امین) ۸ جلسه بدون پخش کلیپ ویدئویی برای تعیین خطوط پایه ارزیابی شد، سپس به مدت ۳۰ جلسه کلیپ ویدئویی گرفته‌شده از مدل برای آزمودنی‌ها پخش شد و سپس در مکان و شرایطی مشابه مکان و شرایط پخش‌شده در کلیپ ویدئویی با آزمودنی کار شد و عملکرد آزمودنی‌ها در هر جلسه ثبت شد. یک ماه و ۳ ماه پس از کاردرمانی پیگیری بدون الگودهی ویدئویی انجام گرفت.

برای تشخیص اختلال از مقیاس درجه‌بندی ایتستیک کودکان استفاده شد. این مقیاس توسط اریک اسچوپلر و همکارانش^۱ در سال ۱۹۸۸ با هدف ارزیابی کودکان بالای ۲ سال مشکوک به ایتستیک تهیه شده است. یکی از ویژگی‌های عمده و اساسی این آزمون این

^۱. Schopler & et al.

است که کودک را در مقایسه با همسالان مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در این مورد نیم‌رخ مرتبط با هر کودک را ارائه می‌دهد. آزمون گر کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهد و نیز اطلاعات را از والدین بدست می‌آورد. رفتار کودک در یک مقیاس مبنی بر پسرقت رفتاری در مقایسه با سن درجه‌بندی می‌شود. این آزمون از ۱۵ گویه تشکیل شده است و هر گویه از سطح طبیعی تا شدید نمره گذاری می‌شود. مجموع نمره‌های هر گویه ۱ تا ۴ می‌باشد. اگر کودک نمره ۱۵ تا ۳۰ بدست آورد، طبیعی است. اگر نمره ۳۰ تا ۳۶ بدست آید کودک اتیستیک خفیف تا متوسط می‌باشد و اگر نمره ۳۶ تا ۶۰ بدست آید کودک اتیستیک شدید می‌باشد (رافعی، ۱۳۸۷). پایایی آزمون - باز آزمون این مقیاس ۰/۹۰ بدست آمده است (۱۴).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

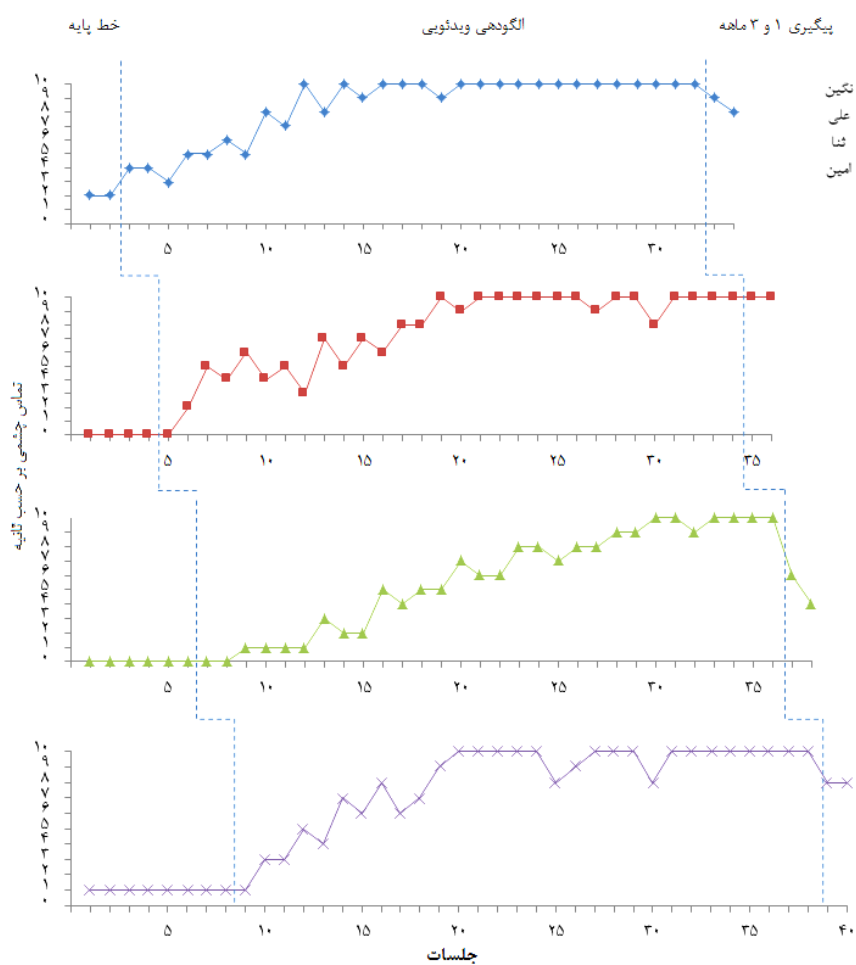
به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد و بر اساس روند نیم‌رخ اثرات متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی گردید.

نتایج

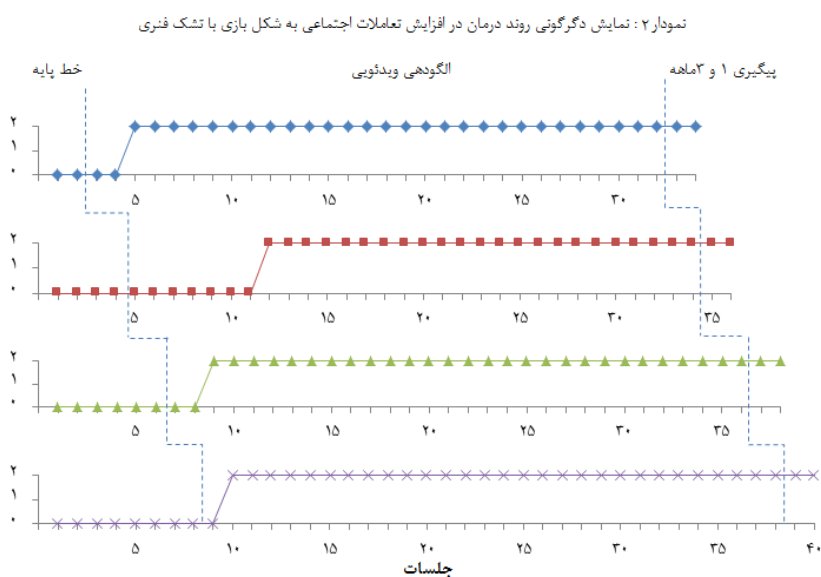
نمودار ۱، دگرگونی روند درمان در افزایش ارتباط چشمی را نشان می‌دهد. از آزمودنی‌ها خواسته شد تا همزمان با شمارش از ۱ تا ۱۰ به چشم‌های درمانگر نگاه کند. آزمودنی اول (نگین) در مرحله خط پایه ۲ ثانیه ارتباط چشمی داشت، در جلسه آخر ۱۰ ثانیه و در پیگیری ۱ ماهه ۹ ثانیه و در پیگیری ۳ ماهه ۸ ثانیه ارتباط چشمی برای وی ثبت شد. آزمودنی دوم (علی) در مرحله خط پایه اصلاً ارتباط چشمی نداشت. در جلسه آخر ۱۰ ثانیه ارتباط چشمی برای وی ثبت شد و در پیگیری ۱ و ۳ ماهه این زمان برای وی حفظ شد. آزمودنی سوم (ثنا) در مرحله خط پایه اصلاً ارتباط چشمی نداشت. در جلسه آخر ۱۰ ثانیه و در پیگیری ۱ ماهه ۶ ثانیه و در پیگیری ۳ ماهه ۴ ثانیه ارتباط چشمی برای وی ثبت شد. آزمودنی چهارم (امین) در مرحله خط پایه ۱ ثانیه ارتباط چشمی داشت. در جلسه آخر ۱۰ ثانیه و در پیگیری ۱ ماهه و ۳ ماهه ۸ ثانیه ارتباط چشمی برای وی ثبت شد. یافته‌های

پژوهش نشان داد که روند درمان باعث افزایش ارتباط چشمی در همه آزمودنی‌ها شده است.

نمودار ۱: نمایش دگرگونی روند درمان در افزایش تماس چشمی

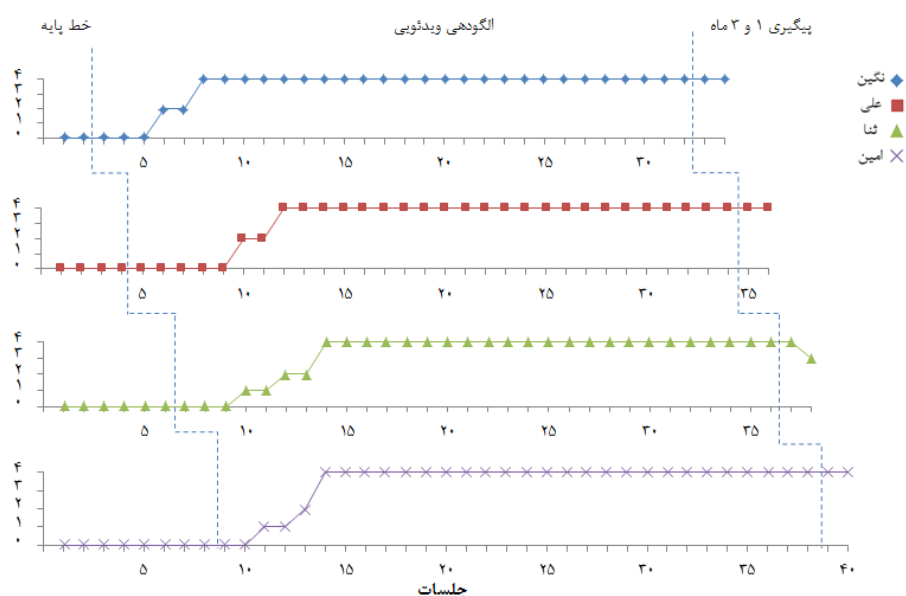


نمودار ۲ دگرگونی روند درمان در افزایش تعاملات اجتماعی به شکل بازی با تشک فنری را نشان می‌دهد. ۲ مهارت گرفتن دست درمانگر و بازی با تشک فنری برای بازی با تشک فنری در نظر گرفته شد که عدد صفر به منزله عدم توانایی، عدد ۱ به منزله توانایی انجام یکی از مهارت‌ها، عدد ۲ به منزله انجام هر ۲ مهارت می‌باشد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث افزایش تعاملات اجتماعی به شکل بازی با تشک فنری شده است. در پیگیری ۱ و ۳ ماهه نیز این میزان مهارت یاد گرفته شده در هر ۴ آزمودنی حفظ شده است.



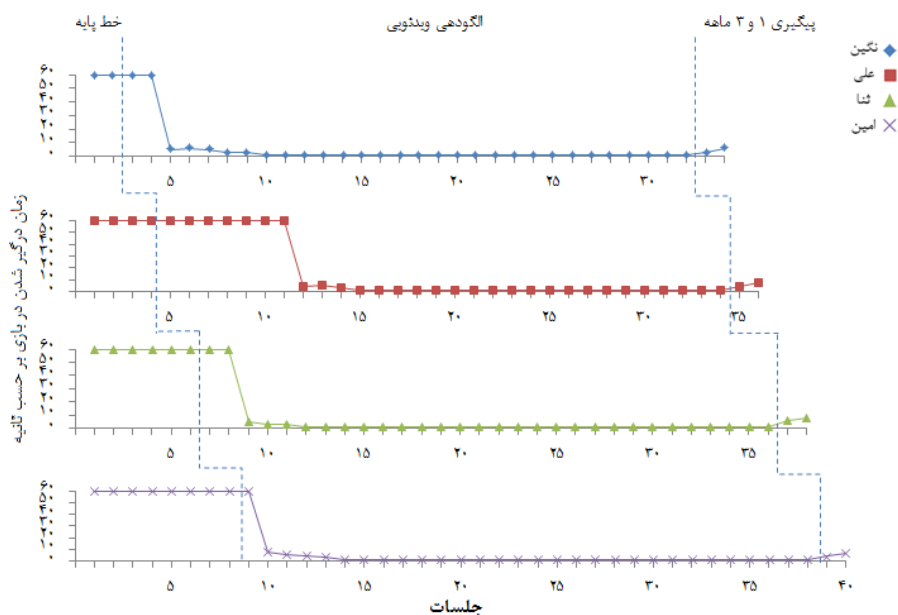
نمودار ۳ دگرگونی روند درمان در افزایش تعاملات اجتماعی به شکل بازی با مکعب‌های ساخت را نشان می‌دهد. ۴ مهارت درخواست برای بازی، آوردن سبد مکعب‌های ساخت، بازی با مکعب‌های ساخت و گذاشتن مکعب‌ها در داخل سبد بعد از اتمام بازی برای بازی با مکعب‌های ساخت در نظر گرفته شد که عدد صفر به منزله عدم توانایی، عدد ۱ به منزله توانایی انجام یکی از مهارت‌ها، عدد ۲ به منزله توانایی انجام ۲ مهارت، عدد ۳ به منزله توانایی انجام ۳ مهارت و عدد ۴ به منزله توانایی انجام هر چهار مهارت می‌باشد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث افزایش تعاملات اجتماعی به شکل بازی با مکعب‌های ساخت شده است. در پیگیری ۱ و ۳ ماهه نیز این میزان مهارت یاد گرفته شده در ۳ آزمودنی (نگین، علی و امین) حفظ شده است. برای آزمودنی سوم (ثنا) در مرحله پیگیری ۱ ماه حفظ شد اما در مرحله پیگیری ۳ ماهه قادر به انجام ۳ مهارت از ۴ مهارت گردید. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث افزایش تعاملات اجتماعی به شکل بازی با مکعب‌های ساخت شده است.

نمودار ۳: نمایش دگرگونی روند درمان در تعاملات اجتماعی به شکل بازی با مکعب ساخت



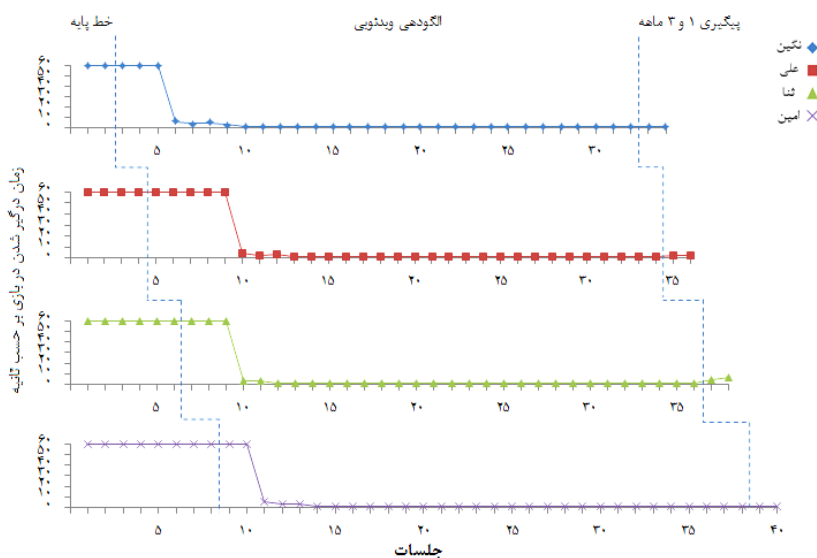
نمودار ۴ دگرگونی روند درمان در کاهش زمان درگیر شدن در بازی با تشک فتری را نشان می‌دهد. اگر آزمودنی‌ها در ۶۰ ثانیه بازی با تشک فتری را درخواست نمی‌کردند به منزله عدم توانایی محسوب می‌شد و عدد ۶۰ به منزله عدم توانایی ثبت می‌شد. در مراحل خط پایه هیچ یک از آزمودنی‌ها درخواستی برای بازی در ۶۰ ثانیه نداشتند. در جلسه آخر همه آزمودنی‌ها بلافاصله برای بازی درخواست کردند. در پیگیری ۱ ماهه آزمودنی اول (نگین) ۳ ثانیه، آزمودنی دوم (علی) ۵ ثانیه، آزمودنی سوم (ثنا) ۶ ثانیه و آزمودنی چهارم (امین) ۴ ثانیه طول کشید تا درخواست بازی کند. در پیگیری ۳ ماهه این زمان برای آزمودنی اول ۶ ثانیه، آزمودنی دوم ۸ ثانیه، آزمودنی سوم ۸ ثانیه و آزمودنی چهارم ۷ ثانیه ثبت گردید. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث کاهش زمان درگیر شدن در بازی با تشک فتری شده است.

نمودار ۴: نمایش دگرگونی روند درمان بر روی زمان درگیر شدن در بازی با تشک فبری



نمودار ۵ دگرگونی روند درمان در کاهش زمان درگیر شدن در بازی با مکعب‌های ساخت را نشان می‌دهد. اگر آزمودنی‌ها در ۶۰ ثانیه بازی با مکعب‌های ساخت را درخواست نمی‌کردند به منزله عدم توانایی محسوب می‌شد و عدد ۶۰ به منزله عدم توانایی ثبت می‌شد. در مراحل خط پایه هیچ یک از آزمودنی‌ها درخواستی برای بازی در ۶۰ ثانیه نداشتند. در جلسه آخر همه آزمودنی‌ها بلافاصله برای بازی درخواست کردند. در پیگیری ۱ ماهه و ۳ ماهه، ۳ آزمودنی (نگین، علی و امین) بلافاصله در بازی درگیر شدند ولی آزمودنی سوم (ثنا) در پیگیری ۱ ماهه با ۴ ثانیه و در پیگیری ۳ ماهه با ۷ ثانیه تأخیر در بازی درگیر شد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث کاهش زمان درگیر شدن در بازی با مکعب‌های ساخت شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث کاهش زمان درگیر شدن در بازی با مکعب‌های ساخت شده است.

نمودار ۵: نمایش دگرگونی روند درمان بر روی زمان درگیر شدن در بازی با مکعب ساخت



بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر ارتباط چشمی و تعاملات اجتماعی کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که الگودهی ویدئویی در افزایش ارتباط چشمی و تعاملات اجتماعی کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک موثر است. در مراحل خط پایه آزمودنی‌های دوم و سوم ارتباط چشمی نداشتند و آزمودنی‌های اول و چهارم تماس چشمی در حد یکی دو ثانیه داشتند و هیچ‌یک از آزمودنی‌ها قادر به بازی با تشک فبری و بازی با مکعب‌های ساخت نبودند و درخواستی برای بازی نداشتند. ارائه ویدئو باعث افزایش چشمگیر ارتباط چشمی در همه آزمودنی‌ها شد که در پیگیری ۱ و ۳ ماهه نیز تقریباً پایدار بوده است و باعث افزایش چشمگیر تعاملات اجتماعی به شکل بازی با تشک فبری و بازی با مکعب‌های ساخت در همه آزمودنی‌ها شد؛ که در پیگیری ۱ و ۳ ماهه بازی با تشک فبری به صورت کامل و بازی با مکعب ساخت در سه آزمودنی به صورت کامل و در یکی از آزمودنی‌ها تقریباً

پایدار بوده است. همچنین در مراحل خط پایه هیچ یک از آزمودنی‌ها در بازی با تشک فنی و مکعب‌های ساخت درگیر نمی‌شدند. ارائه ویدئو باعث افزایش چشمگیر تعاملات اجتماعی در همه آزمودنی‌ها شد و آزمودنی‌ها بلافاصله در هر دو بازی درگیر شدند که در پیگیری ۱ و ۳ ماهه نیز تقریباً پایدار بوده است که می‌تواند نشان از پایداری اثرات درمان باشد.

نتیجه‌ی بدست آمده همسو با مطالعه نیکوپالوس و کنان (۲۰۰۴) می‌باشد که با استفاده از روش الگودهی ویدئویی، اثرات الگودهی ویدئویی بر شروع تعامل اجتماعی در کودکان اتیستیک را در چهار کودک ۷ تا ۹ سال اتیستیک را با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه مورد ارزیابی قرار دادند و نشان دادند که در همه کودکان مورد آزمایش، نشان دادن ویدئو، تعاملات اجتماعی و مهارت‌های بازی متقابل را افزایش داده است که در ۱ و ۳ ماه پیگیری حفظ شده بود (نیکوپالوس و کنان، ۲۰۰۴). همچنین همسو با نتایج بلینی و همکاران (۲۰۰۷) می‌باشد. این محققان، الگودهی ویدئویی را برای افزایش تعامل اجتماعی در دو کودک پیش‌دستانی با اختلال‌های طیف اتیستیک بکار بردند و نتیجه گرفتند که روش الگودهی ویدئویی در افزایش تعامل اجتماعی کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک اثربخش است. لازم به یادآوری است که در ایران کار مشابهی صورت نگرفته و این پژوهش اولین تحقیق در این زمینه در ایران می‌باشد.

در تبیین نتیجه‌ی بدست آمده می‌توان بیان کرد، از آنجایی که الگودهی ویدئویی راهنماهای دیداری را بکار می‌برد، یک راهبرد موثری برای آموزش افراد با اختلال‌های طیف اتیستیک، که یادگیرندگان دیداری هستند، می‌باشد (بلینی و آکولیان، ۲۰۰۷). نظریه‌های گوناگونی در مورد علت موفقیت آمیز بودن الگودهی ویدئویی توضیحاتی ارائه کرده‌اند. بر اساس نظر مک کوی و هرمانس (۲۰۰۷)، ماهیت دیداری این راهبرد به افراد با اختلال‌های طیف اتیستیک کمک می‌کند تا چارچوب مناسبی از مرجع برای رفتارشان در زمینه تعیین شده پیدا کنند. الگودهی ویدئویی ممکن است به افراد با اختلال‌های طیف اتیستیک کمک کند تا با تقلید و یادگیری تصادفی، مشکلاتشان را در ناتوانی از توجه به محرک مربوطه که ممکن است عامل موثر باشد، برطرف کنند. چارلپ- کریستی و

فریمن^۱ (۲۰۰۰) پیشنهاد کردند که الگودهی ویدئویی می‌تواند به کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک کمک کند تا بیش حساسیتی به محرک‌ها را با تسهیل توجه‌شان به محرک و نشانه‌های برجسته در یک موقعیت تعیین شده جبران کنند. افزون بر این، الگودهی ویدئویی می‌تواند اضطراب مربوط به تعاملات اجتماعی را کاهش دهد، در نتیجه، فرد را برای توجه بیشتر به محرک مربوطه قادر می‌سازد (بلینی و آکولیان، ۲۰۰۷).

چارلپ- کریستی و همکاران (۲۰۰۰) نیز فرض کردند که الگودهی ویدئویی ممکن است انگیزش را بیشتر کند و بیان کردند که این روش برخی از کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک را تقویت می‌کند. افراد با اختلال‌های طیف اتیستیک ممکن است تقویت الگودهی ویدئویی را به علت نارسایی اجتماعی اساسی، درک کنند؛ برای مثال، به نظر می‌رسد توجه و وابستگی بسیاری از کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک به اشیاء بیشتر از سایر افراد است و پیشنهاد کردند که در کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک شاید توجه بیشتری به ویدئو به نسبت به الگوی زنده آسان‌تر است (چارلپ- کریستی و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین بلینی و آکولیان (۲۰۰۷)، فرض کردند که کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک که تماشای ویدئو فعالیت ترجیحی‌شان است، ممکن است با الگودهی ویدئویی برانگیخته شوند. داوریک (۱۹۹۱) تاکید کرد که الگودهی ویدئویی به ویژه با نشان دادن به کودکان که آنها قادر به موفقیت هستند اعتمادبه‌نفس آنها را بیشتر و رفتارهای مثبت را ترغیب می‌کند. در مجموع نتایج پژوهش نشان داد که الگودهی ویدئویی روش موثری در افزایش ارتباط چشمی و تعاملات اجتماعی کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهشی با طرح آزمایشی، درمان الگودهی ویدئویی با سایر درمان‌ها مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این روش درمانی بر روی سایر جنبه‌های اختلال اتیستیک مورد بررسی قرار گیرد و نیز پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌های درمانی و توان‌بخشی، روش الگودهی ویدئویی گنجانده شود.

¹. Freeman

منابع

- رافعی، طلعت (۱۳۸۷). اتیسم، ارزیابی و درمان / ترجمه و تالیف، تهران: انتشارات دانژه.
- کاپلان. هارولد. ای و سادوک. بنجامین. جی (۱۳۸۷) خلاصه روان پزشکی. جلد سوم. ترجمه رضایی، فرزین - تهران: انتشارات ارجمند.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. (text revision)). Washington, DC: *American Psychiatric Association*.
- Bellini, S. & Akullian, J. (2007). A meta-analysis of video modeling and video self- modeling interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders. [Online version]. *Council for Exceptional Children*, 73, 264-287.
- Bellini, S., Akullian, J., & Hopf, A. (2007). Increasing social engagement in young children with autism spectrum disorders using video self-modeling. [Online version]. *School Psychology Review*, 36, 80-90.
- Buggey, t., Hoomes, G., Sherberger, M.E. and Williams, S. (2009). Facilitating Social Initiations of Preschoolers With Autism Spectrum Disorders Using Video Self-Modeling. *Focus on Autis and Other Developmental Disabilities*, 26(1), 25-36.
- Charlop-Christy, M.H., & Daneshvar, S. (2003). Using Video Modeling to Teach Perspective Taking to Children with Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*: 5(1), 12-21.
- Charlop-Christy, M.H., Le, L., & Freeman, K.A. (2000). A comparison of video modeling with in vivo modeling for teaching children with autism. [Online version]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 537-552.
- Corbett, B.A. (2003). Video Modeling: A Window into the World of Autism. *The Behavior Analyst Today*: Volume 4, Issue No. 3.
- D'Ateno, P., Mangiapanello, K., & Taylor, B. A. (2003). Using Video Modeling to Teach Complex Play Sequences to a Preschooler with Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*: 5(1), 5-11.
- Dowrick, P.W. (1991). Practical guide to using video in the behavioral sciences. *New York: Wiley*.
- Franzone, E., & Collet-Klingenberg, L. (2008). Overview of video modeling. Madison, WI: *The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders*, Waisman Center, University of

Wisconsin.

- McCoy, K. & Hermansen, E. (2007). Video modeling for individuals with autism: A review of model types and effects. [Online version]. *Education and Treatment of Children*, 30, 183-213.
- Nikopoulos, C. K., & Keenan, M. (2004). Effects of video modeling on social initiations by children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37, 93-96.
- Nikopoulos, C. K., Keenan, M. & Nikopoulou-Smyrni(2009). Generalized Effects of Video Modeling on Establishing Instructional Stimulus Control in Children With Autism: Results of a Preliminary Study. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4, 198-207.
- Reagon, K.A., Higbee, T.S., & Endicott, K. (2006). Teaching pretend play skills to a student with autism using video modeling with a sibling as model and play partner. *Education and Treatment of Children*, 29, 517-528.
- Saemundsen E, Magnusson P, Smari J, Sigurdardottir S. (2003). Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: convergence and discrepancy in diagnosing autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 319-328.
- Shiple-Benamou, R., Lutzker, J.R., & Taubman, M. (2002). Teaching daily living skills to children with autism through instructional video modeling. [Online version]. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4, 165-175.
- White, S. W., Keonig, K., & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1858-1868. Studies included in the meta-analysis.
- Wert, B.Y., & Neisworth, J.T. (2003). Effects of video self-modeling on spontaneous requesting in children with autism. [Online version]. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 5, 30-34.

